

ZLECENIE BADANIA SEROLOGICZNEGO
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
Ostrów Mazowiecka

Nazwa i adres klienta	Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie
-----------------------	--

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta..... telefon.....

Data urodzenia..... PESEL..... płeć – M/K*

Adres.....

Badanie laboratoryjne w kierunku: krztusiec: przeciwciała IgA, IgG*

Data i godz. pobrania próbki Rodzaj próbki

1. Próbkę pobrana od : chorego, zdrowego*
2. Cel badania: diagnostyka
3. Istotne dane kliniczne pacjenta
4. Dane osoby pobierającej próbkę... ..
5. Termin realizacji badania: 14 dni od daty przyjęcia próbki.
6. Metoda badawcza: według procedury badawczej stosowanej aktualnie w laboratorium podanej na 2 stronie zlecenia.
7. Niepewność badania: informacja dostępna w laboratorium.
8. Przekazanie sprawozdania z badania: odbiór osobisty, przez upoważnioną osobę, pocztą, odbiór w PSSE dostarczającej próbki*.....
9. Forma płatności wg aktualnego cennika: przelewem na konto, numer konta podany na drugiej stronie zlecenia.
Faktura: TAK, NIE*.
10. Klient ma prawo do złożenia *skargi*
11. Klient ma prawo do ochrony praw własności oraz zachowania poufności wyników badań.
12. Klient/pacjent został poinformowany iż przetwarzanie danych przez Państwową Inspekcję Sanitarną dla celów sanitarno-epidemiologicznych będzie zgodne z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych.
13. Klient przyjął do wiadomości informację o obowiązku zgłaszania przez laboratorium dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego terytorialnie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego zgodnie z Ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
14. Klient/pacjent oświadcza, że dostarczona próbka do badań została pobrana i transportowana zgodnie z aktualną instrukcją I-E-18 Pobieranie i transport materiału do badań laboratoryjnych (sposób pobierania i transportu próbek dostępny na stronie internetowej www.ostrow.psse.waw.pl)
15. Klient/pacjent wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie numeru telefonu.

* właściwe podkreślić

.....
Podpis klienta/pacjenta

WYPEŁNIA LABORATORIUM

Identyfikator zlecenia :

Kod próbki:

Uwagi o stanie próbki..... Data i godz. przyjęcia próbek.....

Rezultat przeglądu - pozytywny/negatywny (właściwe podkreślić)

.....
Data i podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia

Wykaz procedur badawczych stosowanych w Sekcji Laboratoryjnej Mikrobiologii Lekarskiej
PSSE w Ostrowi Mazowieckiej

Tytuł procedury badawczej	Numer procedury badawczej	Nr wydania procedury badawczej	Data wydania procedury badawczej
Oznaczanie przeciwciał anty- <i>Bordetella pertussis</i> (A)	PB-E-08	4	03.03.2017 r.

(A) – metoda akredytowana (certyfikat PCA Nr AB 581, zakres akredytacji dostępny na www.pca.gov.pl)

**Próbki przyjmujemy w PSSE w Ostrowi Mazowieckiej ul. Lubiejewska 5
od poniedziałku do piątku w godz. od 8⁰⁰ – 12⁰⁰**

Płatność przelewem na konto nr 47 1010 1010 0115 1422 3100 0000 wg aktualnie obowiązującego cennika

W tytule przelewu proszę wpisać:

imię i nazwisko badanego, kierunek badania, oraz dokładne dane do wystawienia faktury (o ile dotyczy)

Szczegółowe informacje można uzyskać telefonicznie pod numerem: 29 644 06 80 wew. 30 lub 70